

gonorrhéiques : outre que ces dernières atteignent presque exclusivement l'épididyme, elles ont toujours un début brusque et sont douloureuses, ce qui, sauf de rares exceptions, n'est jamais le cas pour l'orchite syphilitique. — Le diagnostic peut cependant devenir difficile quand on se trouve en présence des petites indurations si rebelles, consécutives à l'infection blennorrhagique ou lorsqu'on a affaire à une lésion syphilitique de l'épididyme, assez rare d'ailleurs. Nous devons alors, en dehors de l'épreuve thérapeutique, nous baser sur les commémoratifs qui nous renseigneront l'acuité du début si l'affection est d'origine gonorrhéique. — Contrairement à la syphilis, la *tuberculose* prend presque toujours naissance dans l'épididyme et n'envahit que plus tard le testicule. La tuberculose, il est vrai, a comme la syphilis, une allure traînante, mais, plus tard, pendant le cours de son évolution, elle provoque généralement de la douleur. Un signe important, c'est que dans la tuberculose, le canal déférent est presque toujours atteint, ce qui est exceptionnel dans la syphilis. Quand la peau a été perforée, on peut réussir à établir le diagnostic en démontrant la présence de bacilles de Koch dans le pus. Dans les cas douteux, avant de recourir à la castration il faut toujours commencer par prescrire de l'iodure de potassium en vue d'assurer le diagnostic. — Il est plus important de distinguer l'orchite syphilitique d'avec les *tumeurs malignes* du testicule, *sarcôme* et *carcinôme*. La forme et les caractères de la tumeur testiculaire ne nous fourniront que très peu de signes différentiels bien tranchés dans un sens ou dans l'autre; toutefois le *sarcôme* prend souvent un développement tel qu'on n'en observe jamais dans la syphilis. De plus, les tumeurs sont ordinairement douloureuses. L'examen des ganglions inguinaux fournit des renseignements plus précieux; dans les tumeurs malignes ils s'engorgent généralement très tôt; dans la syphilis testiculaire ils ne présentent presque aucune modification. — Quand il y a doute, il faut, avant de décider la castration, instituer une énergique médication antisiphilitique; toutefois le médecin, en raison de la grande malignité de ces tumeurs, ne devra pas trop temporiser avant de recourir à l'opération radicale.

Les **affections syphilitiques des ovaires** paraissent être excessivement rares; on y a rencontré, dans quelques cas, à la suite de la syphilis, des indurations fibreuses ou des gommés;

les **affections des seins**, chez la femme, ont été signalées un peu plus fréquemment. On y a surtout trouvé des syphilomes bien circonscrits, des gommés, qui pouvaient faire croire à l'existence d'un *carcinôme*, aussi bien avant qu'après la suppuration et l'ouverture à la peau. Ici aussi c'est l'examen des ganglions axillaires qui fournit le point de repère le plus important; dans la syphilis ils sont ordinairement normaux, tandis que dans un *carcinôme* qui dure depuis un certain temps, on les trouve toujours engorgés.

CHAPITRE XV

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

La marche que suit la syphilis depuis l'infection jusqu'au moment où apparaissent les premiers symptômes de généralisation a été décrite au début de cette partie de l'ouvrage. Les symptômes de cette première période, chancre primitif, adénopathies, premiers exanthèmes et autres symptômes de la période éruptive se succèdent chez tous les malades d'une façon assez constante pour qu'on ait pu les appeler les symptômes « fatals » de la syphilis; mais plus tard il n'en est plus de même: chaque cas prend son aspect à lui; la nature protéiforme de la syphilis se manifeste avec la plus grande évidence. Aussi peut-on dire que, règle générale, rien dans les symptômes du début ni dans la constitution du malade ne nous fournit d'indications sur la marche que prendra la syphilis; si l'on excepte l'influence du traitement, il n'est d'ordinaire pas possible de déterminer la cause pour laquelle elle prend, chez tel malade, une allure bénigne, tandis que chez un autre elle revêt un caractère de haute gravité. Ce qui rend encore plus difficile l'étude d'ensemble de la syphilis, c'est la *lenteur d'évolution* de celle-ci: certaines manifestations n'apparaissent que bien longtemps, des années et des dizaines d'années après l'infection; aussi la plupart des

observations sont-elles plus ou moins incomplètes : tantôt on perd de vue les malades — ce qui arrive surtout dans les formes légères ; dans les formes tardives le malade ne se souvient plus des symptômes qu'il a présentés pendant tout un laps de temps et ne peut fournir que des commémoratifs incomplets. Le nombre des observations dans lesquelles on a pu suivre la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin, est minime ; aussi les grandes divergences d'opinions sur la marche générale de la syphilis n'ont-elles rien qui doive nous surprendre. Cependant, si l'on fait abstraction des écarts individuels, il est possible d'établir certains types d'évolution assez constants.

Dans un certain nombre de cas, la syphilis prend un caractère excessivement *bénin*. Après la première poussée, il ne s'en produit plus de nouvelles ; la maladie s'éteint complètement, le poison est éliminé du corps. Sans doute, nous sommes tenus d'être très circonspects avant d'affirmer cette guérison, car certaines observations prouvent que, même après des dizaines d'années de santé apparente, on peut encore voir éclater des accidents tertiaires. Il est cependant établi que cette extinction précoce de la syphilis n'est pas un fait absolument rare et que parfois elle peut se produire sans le moindre traitement mercuriel. Nous considérons ce type comme la forme la plus atténuée de syphilis, car nous ne pouvons admettre que la syphilis se borne à provoquer de simples lésions locales, (chancre primitif et adénopathie), qu'elle puisse, en un mot, avorter. Ceci ne concerne évidemment pas les cas dans lesquels on a pu, par l'excision précoce du chancre primitif, empêcher l'apparition des phénomènes généraux, inévitables sans cette intervention. L'idée que la syphilis puisse avorter repose sans aucun doute sur des erreurs de diagnostic ou sur l'insuffisance des observations.

Mais, dans la majorité des cas, l'évolution est toute différente ; la forme dont nous allons faire la description est la plus habituelle ; c'est la marche « normale » si l'on peut s'exprimer ainsi. — Après que les premiers symptômes de généralisation ont disparu, le malade paraît, pendant un certain temps, jouir d'une santé parfaite, puis éclate *une récidive* ; celle-ci consiste presque toujours dans une nouvelle éruption soit à la peau, soit aux muqueuses ; c'est d'ordinaire une roséole, un exanthème papuleux, des syphilides buccales, pharyngiennes ou des papules

humides aux organes génitaux ou à l'anus. Ces récidives se répètent ensuite à plusieurs reprises au cours des deux ou trois premières années qui suivent l'infection ; toutefois, on observe à cet égard des différences individuelles très marquées quant à la fréquence et à la localisation de ces récidives ; ces différences s'expliquent en partie par certaines conditions individuelles et aussi par l'espèce de traitement qu'on a choisi et par l'énergie qu'on a mise à l'appliquer. Dans tel cas, il ne survient que quelques rares récidives, séparées par de longs intervalles de santé apparente — *période latente*. Dans tel autre, elles sont si rapprochées qu'elles forment une série presque ininterrompue. Chez tel malade, c'est la peau qui est surtout atteinte, chez tel autre ce sont les muqueuses ; pour les motifs que nous avons déjà développés, il existe de grandes différences entre les deux sexes ; chez les hommes les syphilides se localisent de préférence à la bouche et au pharynx ; chez les femmes et surtout chez les prostituées, les papules humides constituent le type ordinaire des récidives à répétition constante. Ce n'est évidemment là qu'une vue d'ensemble : il va de soi que chez la femme, comme chez l'homme, on peut rencontrer les syphilides à la bouche et qu'on observe les combinaisons les plus variées de ces éruptions morbides ; parfois même les récidives affectent des localisations peu habituelles. Souvent on constate, au fur et à mesure que la maladie devient plus ancienne, une *atténuation graduelle* des symptômes ; chaque nouvelle récidive est moins étendue que celle qui l'a précédée ; cette règle n'est pas absolue et l'on peut voir des récidives très sérieuses succéder à des symptômes de début peu accusés. — Pour terminer, on observe parfois encore, à la fin de cette période, quelques années après l'infection, des manifestations tertiaires superficielles, le plus ordinairement une syphilide papulo-serpigneuse en foyer circonscrit ; ainsi se clôt la série des symptômes morbides et dès ce moment, le malade jouit d'une santé parfaite.

Les deux formes que nous venons de décrire ont un caractère commun, typique : après un laps de temps, dont nous avons fixé la moyenne et après un certain nombre de récidives, *la maladie s'éteint pour toujours*, sans laisser persister le moindre trouble morbide. Une réserve cependant s'impose : dans certains cas, après la disparition de tout symptôme de syphilis, apparaissent des affections telles que le tabès, la démence paralytique, qui

sont en relation indirecte avec la syphilis et qui peuvent entraîner la mort. Outre ces deux types d'évolution, il en existe un troisième, tout différent, dans lequel, au cours des périodes tardives de la maladie, apparaissent des *lésions tertiaires graves*, telles que des syphilides ulcéreuses ou l'une des nombreuses viscéropathies tertiaires. Ici aussi, chaque cas présente de très grandes variétés individuelles qui tiennent à la localisation, à l'étendue, à l'intensité, à la durée du processus morbide; chez certains de ces malades, il ne se fait qu'une seule éruption qui guérit bientôt; chez d'autres, la même lésion persiste sans interruption pendant de longues années; chez d'autres encore, après guérison de chaque poussée éruptive, il s'en produit sans trêve de nouvelles, soit au même endroit, soit à d'autres régions. Comme dans la période secondaire, chaque poussée est séparée de celle qui la suit par un intervalle libre, une période latente, plus ou moins longue, qui dure souvent des années et parfois des dizaines d'années. L'allure de chaque cas est des plus variables, peut-être plus encore que dans les formes que nous avons décrites plus haut; cela tient à la multiformité plus grande des manifestations tertiaires, les symptômes secondaires ayant entre eux beaucoup plus de ressemblance; la structure des lésions tertiaires étant identique pour toutes, la variété d'aspect de chaque cas pris à part, tient surtout à leur mode de développement, à leur localisation, à laquelle on ne peut souvent assigner aucune cause ou dont la raison paraît étrangère à l'essence de la maladie.

En général, l'époque à laquelle apparaissent les manifestations tertiaires, ne peut être fixée que d'une manière approximative. D'ordinaire dans les syphilis à évolution « normale » les accidents tertiaires typiques ne se montrent pas avant la deuxième année qui suit l'infection; dans le chapitre suivant nous étudierons une forme spéciale de syphilis, la syphilis galopante, laquelle, outre d'autres anomalies, est remarquable par la précocité des manifestations tertiaires. C'est de la troisième à la dixième année après l'infection qu'on observe le plus souvent la syphilis tertiaire, à sa première apparition; quant au terme ultime au delà duquel elle n'est plus à craindre, il est impossible de le fixer; on a vu ces lésions n'apparaître pour la première fois que vingt, trente ans et même plus longtemps encore après l'infection.

En étudiant ces cas, que nous pouvons réunir sous la rubrique générale de *syphilis grave*, nous nous trouvons en face de certains problèmes dont, pour une partie au moins, nous sommes loin de posséder la solution. — La première question qui se pose est de savoir comment ces syphilis graves se sont comportées pendant la période secondaire. Les accidents tertiaires se produisent-ils de préférence dans les cas dont le début a eu un caractère particulièrement bénin, atténué, ou bien dans ceux qui, dès le commencement, traduisent leur gravité par de continuelles récidives? Bien qu'à priori on soit tenté d'admettre cette dernière opinion, c'est cependant la première qui est la vraie, pour autant que les faits observés jusqu'ici permettent de tirer une conclusion; en thèse générale, les accidents tertiaires sont plus fréquents dans les syphilis dont les manifestations secondaires ont été insignifiantes. Cette conclusion, paradoxale à première vue, s'explique par ce fait d'observation que les lésions tertiaires graves se produisent surtout, quand, dans les premiers temps qui succèdent à l'infection, la syphilis n'a pas été traitée ou ne l'a été qu'incomplètement. Or, il est clair que les malades qui, dans la période secondaire, ont eu à supporter une longue série de récidives, ont aussi, en moyenne, subi un traitement plus prolongé et plus énergique que leurs compagnons d'infortune, en apparence plus heureux, qui s'en sont tirés avec une seule ou avec quelques rares poussées. D'où il résulte que ce n'est pas d'après le degré de gravité ou de bénignité de la syphilis dans les premières périodes qu'on peut prédire l'apparition d'accidents tardifs, mais d'après l'absence d'un traitement suffisant. Cette proposition n'a toutefois pas une portée absolue et il existe des exceptions à cette règle.

Une seconde question, très délicate, est celle de déterminer le rapport entre le nombre total des syphilitiques et le nombre de ceux qui arrivent à la période tertiaire. La première cause d'erreur est que les malades atteints d'affections tertiaires des organes internes ne sont ordinairement pas soignés par les mêmes médecins qui traitent les syphilis récentes et qu'ils n'entrent pas dans les mêmes cliniques que les syphilitiques du début; la seconde est que, pour un grand nombre de viscéropathies syphilitiques, la nature spécifique du mal est méconnue, parfois même à l'autopsie. Pour arriver à un rapport exact il faut d'abord tenir compte de ces erreurs, puis défalquer le nombre